

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na
ESF Muliterno, Muliterno/RS**

Ivonne Urbay Llera

Pelotas, 2015

Ivonne Urbay Llera

**Melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes
mellitus na ESF Muliterno, Muliterno/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Analu Sparrenberger Manea

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

L791m Llera, Ivonne Urbay

Melhoria da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na ESF Muliterno, Muliterno/RS / Ivonne Urbay Llera; Analu Sparrenberger Manéa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Manéa, Analu Sparrenberger, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha família que faz um esforço, que eu alcancei meus sonhos, para ser internacionalista e contribuir para a saúde de outros países.

Agradecimentos

A minha família pelo incentivo ao trabalho e ao estudo.

Ao me equipe do ESF do Posto de Saúde de Muliterno pela cumplicidade, a recepção calorosa e pelos Ótimos momentos de trabalho compartilhados.

À minha orientadora pelo auxilio e dedicação.

E a todos que, de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

(Mahatma Gandhi)

Resumo

LLERA, Ivonne Urbay. **Melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Muliterno, Muliterno/RS.**2015. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus estão associadas à morbidade e mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares. Atualmente temos cadastrados na Unidade 289 usuários com HAS e 61 com DM. Também há em nossa população muitos usuários com riscos: sedentarismo, tabagismo, hiperlipidêmicas, usuário de álcool. Por tais motivos, há necessidade de atuarmos na promoção de mudanças em estilos de vida mediante as ações e medidas preventivas em saúde. O programa de intervenção foi desenvolvido no período de 12 semanas. A população alvo são todos os indivíduos com diagnóstico de HAS e DM. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas devido orientações do curso de especialização, a intervenção teve duração de 12 semanas. Para padronização do trabalho utilizamos o protocolo de atendimento indicado pelo Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica nº17, Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº36, Diabetes Mellitus. As ações foram realizadas dentro do cronograma e com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica. Para a coleta de dados foi utilizado os instrumentos – ficha espelho e planilha de coleta de dados. Durante o período foram acompanhados 263 (91%) usuários com HAS e 52 (82,5%) usuários com DM na faixa etária de 20 anos ou mais. Dentre as ações que atingiram um percentual de 100% de qualidade destacam-se: exame clínico de acordo com o protocolo; exames complementares; prescrição de medicamentos da farmácia popular; avaliação de saúde bucal e registro adequado na ficha de acompanhamento. Também em 100% dos usuários foi realizada estratificação do risco cardiovascular, bem como orientações nutricionais, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e de higiene bucal. É percebido pela comunidade satisfação com a prioridade no atendimento, sentindo confiança e segurança nos profissionais de saúde. A equipe já percebe mudanças no modo e estilo de vida, usuários que já tem um maior controle da dieta, fazem exercícios físicos, melhoraram a saúde bucal e estão satisfeitos pela prioridade de atendimento na unidade de saúde. A intervenção já faz parte de nossa rotina diária de trabalho. Nossa equipe continua com a busca ativa de usuários com risco destas doenças e portadores da mesma, de usuários faltosos, pendentes do resultado dos exames laboratoriais e da classificação de risco cardiovascular; o acolhimento continua sendo uma de nossas ferramentas primordiais para o bom desenvolvimento das consultas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus; fatores de risco.

Lista de Figuras

Figura 1.	Fotografia (município de Muliterno)	12
Figura 2.	Fotografia (Unidade básica de saúde Muliterno e cidade Muliterno)	13
Figura 3.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Muliterno, Muliterno/RS, 2015.	49
Figura 4.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Muliterno, Muliterno/RS, 2015.	50
Figura 5.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na ESF Muliterno, Muliterno/RS.	52
Figura 6.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Muliterno, Muliterno/RS.	52
Figura 7.	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Muliterno, Muliterno/RS.	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FR	Fatores de risco
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
mmhg	Milímetros de mercúrio(unidade de medida de pressão arterial)

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	37
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão	58
5 Relatório da intervenção para gestores	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	66
Referências	68
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	69

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na ESF Muliterno, no município Muliterno – RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, seqüenciais e interligado.

A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, com a descrição do município no qual a ESF estão localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, com a descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção. Também no capítulo quatro estão os relatórios para o gestor e comunidade. Na quinta parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Entendo que a unidade básica de saúde do nosso município está estruturalmente bem construída, já que foi planejada com este objetivo e seguem os padrões de saúde do Brasil.

O cadastro da população do município foi realizado há oito anos, não corresponde a realidade de hoje, pois estas atualizações não são realizadas por falta dos agentes comunitários de saúde (não existe nenhum agente). Só existe uma equipe de saúde da família que não está completa.

No posto de saúde tem uma sala de espera com capacidade para 15 pessoas sendo insuficiente para a demanda de pacientes doentes; tem janelas adequadas que permitem a ventilação e iluminação dos ambientes, não existe tela contra a entrada de insetos, paredes e o piso são de superfícies lisas e laváveis. Não existem problemas na coleta e recolhimento de lixo contaminado, não contaminado, e resíduos sólidos, isto se efetua por a prefeitura.

O posto de saúde apresenta dificuldade de acesso a deficientes físicos. No prédio existem rampas, escadas, e corredores que não tem corrimãos, sendo isso uma dificuldade para pacientes idosos, cadeirantes, e com limitante físicos. O posto de saúde conta com um numero de banheiros adequados para pacientes, deficientes, físicos, e para profissionais da saúde.

A equipe é composta pelas seguintes profissionais: Enfermeiras (2), Médicos: Pediatra (1) Ginecologista (1) Clínico Geral (3) - um deles é do Programa mais Médico, Técnico de enfermagem (3), Recepcionista (1), Administração (2), Odontólogos (3), Auxiliar dentista (1), Motorista (3), Secretário de Saúde (1), Psicóloga (3), Fonoaudióloga (1), Fisioterapeuta (1), Nutricionista (1), Agente de

campo (1), Agentes de saúde (4). E tem uma área com outra equipe de saúde indígena, que também desenvolveu programa de medicina familiar.

Temos mais ações programáticas desenvolvidas atualmente: Ações prevenção, promoção, cura e reabilitação. Quadro médico completo. São trabalhados os cadernos de ações programáticas de: Pré-natal, Puerpério, Saúde da criança, Câncer de colo de útero, Câncer de mama, Hipertensão, Diabetes, saúde de as pessoas idosas, Saúde bucal. Criação do grupo de gestantes. Visitas domiciliares a gestantes, crônicos, criança, idosos e qualquer pessoa que precise. (pela enfermeira, médico e agente de saúde). Palestras são feitas: nas escolas sobre diversos assuntos em saúde, em grupos, salões, comunidades (pelas enfermeiras, psicóloga e médica). Ações junto à secretaria municipal da assistência social como: terceira idade, mulheres em ação, PIM visitas domiciliares junto com assistente social, visitas aos visitantes do PIM, clube de mães. Vacinas. Coleta de Preventivos e encaminhamentos de pacientes. Pacientes em observação. Verificação de PA, Peso, Altura e Temperatura e Oxímetria. Curativos. Administração de medicamentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Muliterno é um município do Rio Grande Sul, o Município tem seu nome baseado em seus primeiros moradores, a Família de José Muliterno e sua esposa Dona Guilhermina Oliveira Muliterno. Natural de Nápoles – Itália chegou ao Brasil por volta de 1870 no Paraná e logo após o Rio Grande do Sul onde hoje é Muliterno.

Dados Gerais: A população total do Município é agora de 1.885 habitantes, Sua área é de 111,13 km² representando 0.0413% do Estado, 0.0197 % da Região e 0.0013% de todo o território brasileiro. Densidade 16,31 hab./km². Altitude: 824 m. Seu IDH é de 0.743 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000). Ano de Instalação: 1993. Microrregião: Passo Fundo. Mesorregião: Noroeste Rio-Grandense. Distância à Capital: 196.4098 km. Tem uma população indígena da Tribo Kaingang, de 250 habitantes.



Foto: Cidade de Muliterno

O sistema de saúde do Município é composto pela Unidade Básica de Saúde – Posto de Saúde de Muliterno, onde eu trabalho e uma unidade de saúde na área indígena. Não contamos com serviços do NASF, CEO, não há hospital na cidade, as referências são feitas para o hospital David Canabarro, localizado em Passo Fundo e Lagoa Vermelha, no entanto enfrentamos algumas dificuldades para conseguir a internação do paciente nestes serviços. Para atendimento especializado, nossa equipe conta com um pediatra, um ginecologista-obstetra, e para o acesso as demais especialidades os usuários deve dirigir-se as cidades de Passo Fundo, David e Lagoa Vermelha, pelo SUS. Mas muitas vezes, para essas consultas há uma grande lista de espera, o que conseqüentemente leva o paciente a consultas particulares. Alguns exames complementares são disponibilizados pelo município, apesar de não ter laboratório no posto de saúde. A coleta de sangue ocorre no posto para o diagnóstico e tratamento de patologias clínicas. Mas acredito que o resultado deles é muito atrasado, em 15 dias. Também podemos solicitar diretamente eletrocardiografia, radiologia simples, mamografia, ultrassonografia obstétrica e clínica. Além disso, quando os exames e consultas são feitos em serviços particulares, a prefeitura ajuda a pagar 30% do custo.

A Unidade de Saúde Muliterno, local onde trabalho, abrange uma população de 1.885 habitantes, onde todas as famílias e indivíduos estão cadastrados. Trabalhamos com uma comunidade pequena, e por este motivo tudo é muito organizado, pela vontade política do governo municipal e da equipe de saúde multidisciplinar. A equipe é composta por excelentes profissionais com uma boa

preparação, procurando manter adequadamente todos os programas de atenção primária, pois são oferecidas condições para assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

O modelo de atenção é do tipo ESF (Estratégia de Saúde da Família) e sendo composta por duas equipes completas, uma responsável pela adstrição das famílias na cidade (Muliterno posto de saúde, onde eu trabalho) e uma equipe responsável pela área indígena. Oferecemos o atendimento integral, contínuo e organizado à população adscrita. Desenvolvemos ações que priorizam os grupos de risco e os fatores de risco, mantemos atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, realizamos busca ativa e notificação das doenças e agravos de notificação compulsória, são realizadas reuniões de equipes semanais e ações de educação em saúde.

O atendimento de urgência/emergência é realizado todos os dias, das 05h30min h às 09h30min h e em caso de risco de vida ou lesão grave, se encaminha de forma segura à Atenção Especializada e Hospitalar. Contamos com materiais e equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; garantir saúde bucal organiza as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde. O posto de saúde de Muliterno também atende pacientes na área indígena, porque a posição da área indígena, só tem médico para dois dias por semana. A Equipe de posto de saúde Muliterno é composta pelos seguintes profissionais: Enfermeiras (2); Médicos: Pediatra (1), ginecologista (1); Clínica Geral (3). Técnica Enfermagem (3), Recepcionista (1), Administração (1), Dentistas (3), Assistente Dental (1), Motoristas (3), um Secretario de Saúde, fonoaudióloga (1), Fisioterapeuta (1), Psicóloga (3), Nutricionista (1) e um agente do campo. A equipe da comunidade indígena tem um enfermeiro (1), Clínica Geral (cubano do Mais médico), Técnico de saúde bucal (1), Dentista (1), Enfermagem (3), agentes comunitários (4).



UBS Muliterno

A estratégia de Saúde da família em Muliterno foi implementada, o posto de saúde Muliterno tem uma equipe de profissionais de saúde com grande interesse para o desenvolvimento de todos os programas: prevenção, promoção, cura e reabilitação, as quatro funções básicas de uma unidade de saúde da família. Entendo que a unidade básica de saúde do nosso município está estruturalmente bem construída, já que foi planejada com este objetivo e seguem os padrões de saúde do Brasil. No posto de saúde tem uma sala de espera com capacidade adequada, com janelas adequadas que permitem a ventilação e iluminação dos ambientes, não existe tela contra a entrada de insetos, as paredes e o piso são de superfícies lisas e laváveis. Não existem problemas na coleta e recolhimento de lixo contaminado, não contaminado, e resíduos sólidos, isto se efetua pela prefeitura. O posto de saúde apresenta dificuldade de acesso a deficientes físicos. No prédio não existem rampas e sim, escadas, e corredores que não tem corrimãos, sendo isso uma dificuldade para pacientes idosos, cadeirantes, e com limitantes físicos. O posto de saúde conta com um numero de banheiros adequados para pacientes, deficientes físicos, e para profissionais da saúde.

A relação da equipe de saúde e os usuários são bons, tenho trabalhado em diferentes países, Cuba, Venezuela, Bolívia e nesta cidade desenvolve-se a assistência médica de atenção primária à saúde com alta qualidade, por vontade de todos os membros da equipe e da vontade política para tentar ajudar a garantir a saúde das pessoas, assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz, assegurando ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. Livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento, assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada. Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Em relação às atribuições da equipe, os enfermeiros são os profissionais que garantem a realização de todos os programas de acordo com os protocolos

estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também o trabalho dos agentes de saúde que considero muito valioso porque eles mantêm o controle populacional atualizado e igualmente contribuem para que todos os programas sejam desenvolvidos com qualidade, com a orientação do enfermeiro e do médico.

A população da área adstrita de nosso município é de aproximadamente 1.885 habitantes. A distribuição da população por faixa etária na área de abrangência da UBS: menores de um ano (14), menores de 5 anos (46), pessoas de 5 a 14 anos (280), pessoas de 15 a 59 anos (1080), pessoas com 60 anos ou mais (258), Gestantes (12), População por sexo, 49,1% são mulheres e um 50,9% homens. População por tipo de residência: 72% (1377 habitantes) rural, distribuídos em oito Capelas que não só indígenas e 28% (508 habitantes) urbana. Penso que o posto de saúde construtivamente esta adequada as demanda de sua população

Em relação à atenção à demanda espontânea, poderíamos dizer que no posto de saúde de Muliterno é realizado no acolhimento do usuário, na recepção e salas de enfermagem /procedimentos. As técnicas em enfermagem e enfermeiras acolhem a demanda espontânea que chega à nossa unidade de atenção básica. Quanto às emergências médicas, as classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, pelas demandas apresentada pelo usuário. A nossa unidade trabalha com visitas agendadas para grupos específicos: pré-natal, puerpério, saúde da criança, câncer de colo útero, câncer de mama, saúde bucal, Hipertensão, Diabetes, saúde das pessoas idosas, saúde bucal o que corresponde á cadernos de ações programáticas. Faz-se pronto atendimento, consultas agendadas as ações: como vacina, preventivo de colo de útero; não existe excesso de demanda de atendimento para enfermagem, o médico, o dentista. O trabalho dos grupos é realizado no centro de saúde, casa dos idosos e salões comunitários todos os meses.

Ações desenvolvidas atualmente: Ações prevenção, promoção, cura e reabilitação. Quadro médico completo. Atenção a grupos específicos: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, crônico geral dividido em quatro atendidas pelo posto de saúde com atenção uma vez por mês para monitorar a pressão, teste rápido de glicemia, colesterol e triglicérides, com acompanhamento peso e IMC e entrega de medicação crônica, livre. Sido muito desenvolvidos os cadernos de ações programáticas de: Pré-natal, Puerpério, Saúde da criança, Câncer de colo de útero, Câncer de mama, Hipertensão, Diabetes, saúde de as pessoas idosas, Saúde bucal.

Criação do grupo de gestantes. Visitas domiciliares a gestantes, crônicos, criança, idosos e qualquer pessoa que precise. (pelo a enfermeira, médico e agente de saúde). Palestras são feitas: nas escolas sobre diversos assuntos em saúde, em grupos, salões, comunidades (pelas enfermeiras, psicóloga medica)

Ações junto à secretaria municipal da assistência social como: Terceira idade, mulheres em ação, PIM visitas domiciliares junto com assistente social, visitas aos visitantes do PIM, clube de mães. Vacinas. Coleta de Preventivos e encaminhamentos de pacientes. Pacientes em observação. Verificação de PA, Peso, Altura e Temperatura e Oxímetria. Curativos. Administração de medicamentos.

Da atenção à Saúde da Criança, 23 é a estimativa do número de crianças menores de um ano residentes na área, sendo que 14 é o número total real de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, representando 61%. Eu acredito que apesar de ter 61% do valor da estimativa em Muliterno, 100% das crianças menores de um ano são tratados. Além de serem atendidos na UBS em consultas puericulturas, são realizadas as visitas domiciliares pelo enfermeiro, pelo médico clínico geral e da agente de saúde. Esta população também coopera para ter um bom atendimento, participam de grupos, onde as mães grávidas são orientadas sobre a importância de um acompanhamento adequado do recém-nascido e com este acompanhamento até 72 meses. Expliquei a importância da vacinação, como prevenir acidentes em casa de acordo com as diferentes idades, como ajudar para o bom desenvolvimento psicomotor e, que o mais importante para se ter sucesso é o comparecimento de crianças nas consultas. Monitoramento é feito com a programação, o Serviço adota o manual de protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde e tem um registro específico para acompanhamento regular. Analisando os indicadores de qualidade acredito que o atendimento a esta faixa etária é muito organizado e de qualidade e não tem nenhum problema em rastreamento e controle/monitoramento das crianças.

Em relação à cobertura pré-natal em nossa área, 28 é o números estimados de gestantes residentes na área, sendo que 12 é o número total real de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, representando 42%. São 12 gestantes acompanhadas porque a cidade é pequena e todos se conhecem e é acompanhado na unidade, o que é pouco e garante um atendimento satisfatório para as futuras mães. Existe qualidade na atenção ao Pré-natal, há um obstetra que trabalha

todas as manhãs de quinta-feira, dando um acompanhamento adequado a todas as mulheres grávidas. Todas têm consultas agendadas seguindo o protocolo e acolhem voluntariamente aos nossos serviços de saúde. As gestantes são acompanhadas pela equipe de saúde e obstetra, de igual forma acontece com as puerperais. Além de visitas domiciliares, que são feitas pela enfermeira, médico clínica geral e agente de saúde, resultando em um monitoramento mais abrangente. A UBS há anos tem índice zero da mortalidade infantil e materna, indicando um bom indicador de qualidade.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama: de acordo com os dados do Caderno de Ações Programáticas, 519 é o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, e 435 representam o total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, representando 84 %; esse indicador vem demonstrando que há uma necessidade de melhorar a atenção a estas mulheres afim de que mais de 90% das mulheres realizem a citologia em data correta. Para melhorar o controle do programa, temos que trabalhar juntos para realizar um trabalho educativo em todos possíveis espaços, quer na consulta domiciliar, trabalhos em grupo em diferentes comunidades. E apesar de não ser realizada uma reunião específica para este programa, registram-se em livro de registro, todas as citologias feitas e os agentes de saúde semanalmente reuniram-se com enfermeiros e analisa como será o controle de resultados do programa, para tentar conscientizar a população da importância da realizasse a citologia. Já em relação ao câncer de mama alcançou-se 90% de controle adequado desse programa, porque sendo uma faixa etária menor, de 50-69 anos, a equipe pode trabalhar melhor e embora a mamografia sejam realizadas em outro município, todas as condições estão criadas para a transferência organizada destas mulheres, acredito que este programa de acordo com os resultados, os resultados são bons.

É necessário continuar trabalhando de forma organizada para garantir o controle das mulheres, de forma contínua, eu acho que o nosso posto de saúde desenvolve um bom trabalho, agentes comunitários fazem um trabalho de qualidade.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, tem como objetivo promover as qualidades de vida, reduzir as vulnerabilidades dos riscos, humanizarem a saúde, melhorar e acolhimento das mulheres entre 25 e 64 anos de idade, as quais têm que realizar citologias

orgânicas, e entre 50 e 69 anos de idades as quais tem que realizar exames de mama anual e mamografia de duas em duas anos. Além disso, as mulheres com sinais de alerta podem entrar no programa em qualquer momento independentemente de sua idade.

Temos que destacar que as mulheres com citologias e mamografias com alguma alteração são encaminhadas e acompanhadas segundo o protocolo. E é dever de nosso posto de saúde melhorar a organização e planejamento das visitas feitas pela equipe de saúde aos domicílios para detectar as mulheres que não estão incluídas nos programas, e tem atrasados seus exames as quais dever fazer com maior frequência.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, em nosso Município 421 usuários é a Estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 262 são o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, para um 62%. 120 e a Estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, 56 e real de diabéticos acompanhados na UBS, para um 47%, mas acho que realmente maioria da população é diagnosticada, porque existe na comunidade a cultura de aferir a pressão arterial com frequência, além de uma grande porcentagem de familiares possuírem infirmo digitais em sua casa e procuram o serviço para qualquer alteração. Existem muitos cenários que acompanham estes doentes e conseqüentemente são avaliados em consulta, pelo menos uma vez por ano, são tratados por diferentes grupos criados na cidade e no interior das comunidades. Os grupos são realizados na primeira semana de cada mês, em que o peso é avaliado, a pressão e teste glicêmico, colesterol e triglicérides é realizada, além de fornecer medicamentos gratuitos, os grupos são atendidos por enfermeiros, médica clínica geral e outros especialistas como necessários para fornecer uma atividade.

O controle de usuários hipertensos na nossa cidade é bom, toda a consulta realizada no posto de saúde, independentemente do motivo da consulta, desde a pressão arterial, o peso, a temperatura é avaliada e esta é uma forma de rotineiramente identificar e acompanhar esta doença. O que pode ser melhorado na população refere-se à identificação dos usuários com fatores de risco de Hipertensão Arterial e fazer um trabalho educativo para modificar fatores de risco e / ou reduzir o risco.

Os indicadores de qualidade de atendimento aos usuários diabéticos que o controle está adequado. Todos os grupos que participam a cada mês e é seguido com teste glicêmico, simplesmente não podia precisar exame físico dos pés e toma de os pulsos. Para expandir a cobertura seria necessário identificar todos os riscos de pacientes com DM e realizar uma glicemia, além da educação adequada à saúde para garantir estilos saudáveis e prevenir doenças. Também garantir no próximo mês de atenção ao exame físico do grupo do pé com toma o pulso e garantir que estes sejam feitos uma vez por ano.

Nós adotamos um registro com cada nome dos usuários diabético, com o controle de peso mensal, pressão arterial, teste de glicose, colesterol e triglicérides, o que garante um acompanhamento adequado da glicemia especialmente porque a maioria não tem glicômetro em casa para medir sua glicemia diariamente e eu acho que é importante que todo usuário diabético deva ter um glucômetro, para aprender a controlar-se melhor. A Secretaria realizou na gestão a entregar um Glicosímetro para cada usuário diabético, este é um problema que nossa equipe de saúde tem procurado solucionar.

Os usuários com mais de 60 anos compõem 223 usuários, 188 deles têm doenças crônicas e as maiores estão participando dos grupos nas primeiras semanas de cada mês, onde se realiza o monitoramento de peso, pressão arterial, teste de triglicérides de açúcar no sangue, colesterol, é gravado em um registro e carteirinha indivíduo cada paciente. Também fazemos atividades educativas. Toda segunda-feira e quinta-feira de cada semana, depois das quatro da tarde, a pressão arterial é medida e, em seguida, fazemos caminhadas, participa enfermeira, clínica médica geral, agente de saúde e um professor de educação física. Temos um grupo de 30 pacientes, além do grupo de Idosos que têm uma casa para eles, também fazemos atividades, caminhadas três vezes por semana, todos os domingos eles se encontram em bailes e reuniões com outros grupos em outros municípios, contribuindo para ter uma vida mais saudável.

Sobre aspectos do processo que precisam melhorar, fazem parte a avaliação multidimensional e pesquisa de indicadores de fragilização velhice. Porque, embora o grupo tenha Idosos munícipes em trabalho adequado, e todos os usuários de cuidados crônicos, é preciso garantir que mais de 90% deles fiquem contemplados com um acompanhamento adequado e controle de doenças.

Considero que o maior desafio que tem a unidade básica de saúde é garantir que a estratégia de saúde familiar continua a desenvolver a medicina de família na cidade, com vários programas, tais como atendimento pré-natal, pós-parto, Saúde da criança evitável, Criança, Saúde bucal, controle e monitoramento de doenças crônicas e doenças transmissíveis adequado, Saúde da Pessoa idosa, incluindo Saúde Bucal. Intervenções em promover estilos de vida saudáveis, incluindo aconselhamento individual motivacional, a abordagem de grupo ou intervenção breve na atenção primária, e ligação com os recursos da comunidade e iniciativas de grupo (atividade física, estimulação cognitiva inespecífica, fortalecendo redes sociais, etc.).

Em nossa cidade, há vontade política para melhorar os serviços de saúde, mas é um desafio para promover a coordenação das ações intersetoriais que integram as políticas não são de saúde que influenciam a saúde, especialmente a nível local, embora seja importante que este é alcançado a partir do nível de estado e do Governo Regional.

Reforçar a ação comunitária e aumentar a participação da comunidade na gestão de estratégias para proteger e promover a saúde. Alcançar que o conselho local de saúde trabalhe da forma adequada e unida e de exata forma, aumentar a qualidade de vida e saúde da comunidade.

Eu acho que no funcionamento interno do posto de saúde mais importante é garantir a organização e planeamento de todos os controlos diferentes grupos específicos para obter um controlo adequado, de acordo com os protocolos e que todos os profissionais da equipe de Saúde ciente da importância para a saúde das pessoas trabalham mais em estratégias de promoção e prevenção da saúde, para reduzir os riscos, crônica e doenças transmissíveis, melhorar os indicadores de saúde e doenças evitáveis por vacinação, através de programas como o câncer do colo do útero, câncer de mama, câncer de próstata.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Na descrição da situação da ESF, de uma forma geral, eu descrevi como foi constituída a equipe, que foram as ações que foram desenvolvidas e como ele atende as funções básicas de uma Unidade de Saúde da Família: Prevenção,

Promoção, cura e Reabilitação sem explicar como eram serviços prestados, tais como cadernos de ações programáticas, as descrições esta semana foi breve, onde só nos guiou que unidade básica de saúde onde estávamos, mas não era conhecido como todos os processos são realizados. Na tarefa da análise da situação de saúde da semana 11 fez uma descrição mais detalhada da localização, caracterização socioeconômica, número de habitantes e descrição do sistema de saúde do município, vínculo com o SUS e com instituições de ensino, modelo de atenção, número e composição de equipes, estrutura física, atribuições dos profissionais; se descreveu a população da área adstrita – número de habitantes, perfil demográfico, adequação do serviço a esta população. Seguindo falou-se sobre a atenção à demanda espontânea e sobre cada uma das ações em relação a populações prioritárias cobertas pelos questionários refletindo se estas ações estão estruturadas de forma programática - atendendo a um protocolo ou manual técnico, contando com registro específico e monitoramento regular; como está a cobertura e adesão da população a estas ações; qual a qualidade da atenção prestada, dos registros, do planejamento e monitoramento, como estão as atividades de educação em saúde e qual a participação dos diversos membros da equipe de saúde. E, para finalizar, fiz uma reflexão sobre os maiores desafios e melhores recursos que sua UBS apresenta.

Fazendo um comentário comparativo entre o texto inicial sobre ESF/APS, e este relatório acredita que agora possuímos um domínio e visão muito mais ampla sobre a realidade e situação atual da saúde na área de abrangência de nosso município. Penso que agora sabemos onde a equipe básica de saúde tem dificuldades e como podemos trabalhar para resolver estas dificuldades. Nossa ESF vai direcionar-se para os principais problemas de saúde detectados para modificar os principais fatores de riscos encontrados, tendo uma população mais saudável. Permitir e incentivar a participação da comunidade na formação do conselho de saúde, melhorar a qualidade das reuniões de equipe, aumentar a qualidade dos registros disponíveis sobre a atualização, aumentar as atividades educacionais, preventiva e criação de novos sistemas de registro e arquivo que permitam obter informações sistemáticas e oportunas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as Doenças Crônicas não transmissíveis de mais alta incidência e prevalência no Brasil e no mundo e são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade, complicações e mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA, 2002).

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto. No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde – SUS –, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Para o sistema de saúde, os custos diretos das DCNT representam impacto crescente.

No Brasil, como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde implementa importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas, agravos e seus fatores de risco e

apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2005). Devido à importante atuação preventiva, serão trabalhadas as ações com ênfase na atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Unidade de saúde de Muliterno do município Muliterno/RS. A Unidade está estruturalmente bem construída, já que foi planejada com este objetivo e seguem os padrões de saúde do Brasil. Conta com 01 Equipe de Saúde da Família comprometida com a atenção integral da população adscrita.

A área de cobertura da ESF (Posto de Saúde de Muliterno) abrange uma população de 1.885 habitantes, todas as famílias e indivíduos estão cadastrados, sendo esta uma comunidade pequena, onde tudo é muito organizado pela vontade política do governo municipal e da equipe de saúde multidisciplinar, com excelentes profissionais com boa preparação. Atualmente estamos com alta incidência e prevalência de usuários com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, onde 262 (62%) usuários hipertensos e 56(47%) usuários diabéticos estão cadastrados nesta unidade. Também há em nossa população muitos usuários com riscos: sedentarismo, tabagismo, hipercolesteronemia, hipertrigliceridemia, usuário de álcool. Devido a estes vários fatores de risco, precisamos atuar na promoção de mudanças em estilos de vida mediante as ações e medidas preventivas em saúde. A Condução da Epidemia atual de Doenças Crônicas Não Transmissíveis impõe grandes desafios aos responsáveis pela condução da saúde pública no mundo. Neste sentido, este projeto de intervenção versará sobre a aplicabilidade de educação em saúde, para reverter os índices de usuários que não conseguem realizar uma alimentação saudável, exercícios físicos e um controle adequado. E aumentado conhecimento dos usuários sobre os fatores de risco para fazer mudanças em seu estilo de vida e reduzir a morbidade e mortalidade dessas doenças. Pois muitas vezes os altos níveis de hipertensão arterial e glicemia são mantidos, apesar de usarem os medicamentos, não possuem estilos de vida adequados. Pela importância dessas ações em saúde, que quando realizadas de forma eficaz para minimizar a crescente incidência, suas complicações e deficiências, bem como minimizar o alto custo das internações provenientes das complicações da HAS e DM.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na ESF da Unidade de Saúde Multiterno.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Muliterno, no Município de Muliterno, mas devido orientações do curso de especialização, a intervenção teve duração de 12 semanas. Participarão da intervenção indivíduos com diagnóstico de HAS e DM, em tratamento anti-hipertensivo e/ou hipoglicemiantes, bem como os usuários com 20 anos ou mais pertencentes à área da Unidade Básica de Saúde Muliterno. As ações serão desenvolvidas juntamente com as demais atividades, com intuito de incluí-las na rotina do serviço. Já houve reunião com a equipe ESF para explicar o Projeto e escolher o foco de intervenção e os profissionais aderiram à proposta prontamente. Será utilizado o protocolo de atendimento indicado pelo Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica nº17, Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº36, Diabetes Mellitus. As ações serão realizadas conforme o cronograma das atividades.

Para a coleta dos dados será utilizado os instrumentos – ficha espelho e planilha de coleta de dados, que foram desenvolvidas para ajudar na coleta e no processamento dos dados de Hipertensos e Diabéticos- para registro e processamento das informações relativas aos indicadores, para monitorar a intervenção.

Ao longo das 16 semanas, as ações serão desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos:

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo de organização e serviço: será providenciado o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos e priorizado seu atendimento através do agendamento de consultas. Neste eixo consiste também melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes bem como garantir material

adequado para aferição da pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglico teste na unidade de saúde.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, semanalmente através de fichas espelho. Será realizado pela médica e equipe de enfermagem.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações à comunidade sobre o atendimento prioritário de pacientes hipertensos e diabéticos, Informando sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial continuamente maior que 135/80 mmhg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Isso será feito em consultas, visitas domiciliares, na sala de esperada unidade; serão comunicados os líderes da Comunidade, para ajudar a transmitirem formações, as atividades com grupos. Estas atividades educacionais serão planejadas e relacionadas no cronograma.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. E também a capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste em adultos, de acordo com o protocolo. Serão realizadas as capacitações na sala de reuniões no posto de saúde em quatro encontros e reuniões de equipe, buscando esclarecer as dúvidas que possam surgir, semanalmente.

Objetivo 2: qualidade da atenção.

Meta 2.1.: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Meta 2.2.: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3.: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4.: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Eixo organização e gestão do serviço: serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecimento da periodicidade de atualização dos profissionais. Garantidos exames Complementares junto ao gestor municipal e agilidade para a realização dos mesmos. Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no programa através de fichas espelho.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Essas ações estão previstas no cronograma.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação dos profissionais da equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares, para avaliação da necessidade de atendimento. As capacitações serão realizadas na sala de reuniões da Unidade de saúde.

Objetivo 3: melhorar adesão.

Meta 3.1.: Buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo organização e gestão do serviço: Serão organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos (todos os dias pelos os agentes de saúde). E organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico em relação ao cumprimento da periodicidade das consultas previstas no

protocolo (consultas em dia). Toda sexta de cada semana dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações à comunidade sobre a importância de realização das consultas, sobre as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos). E esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Isso será feito em consultas, visitas domiciliares, visitas dos agentes comunitários.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Na sala de reuniões da UBS.

Objetivo 4: melhorar os registros das informações:

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo organização e gestão do serviço: Serão organizadas as informações do SIAB, da ficha de acompanhamento. Será definido o responsável pelo monitoramento dos registros. E será organizado um sistema de registro que sinalize situações de alerta quanto ao atraso na realização das consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no programa através de fichas espelho.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações para os pacientes e comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Isso será feito em consultas, visitas domiciliares, visitas dos agentes comunitários.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação da Equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento. E para o registro adequado dos procedimentos clínicos. As capacitações serão realizadas na sala de reuniões da UBS.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo organização e gestão do serviço: Serão organizadas as informações dos pacientes priorizando o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e a agenda para o atendimento desta demanda.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico dos pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações aos pacientes e comunidade quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Isso será feito em consultas, visitas domiciliares, visitas dos agentes comunitários.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação da Equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação. E as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As capacitações serão realizadas na sala de reuniões da Unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1.: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.2.: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3.: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4.: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos.

Eixo organização e gestão do serviço: Serão organizadas as Práticas coletivas sobre alimentação saudável. Solicitar junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade. Serão organizadas as práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de

medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Eixo monitoramento e avaliação: será realizado o monitoramento periódico da realização de orientação nutricional aos hipertensos, da orientação para atividade física regular, de orientação sobre riscos do tabagismo, sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Eixo engajamento público: serão fornecidas orientações a os pacientes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. A importância da prática de atividade física regular. A existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal. Isso será feito em consultas, visitas domiciliares, visitas dos agentes comunitários, em palestras planejadas e conforme cronograma.

Eixo qualificação da prática clínica: será promovida a capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, a promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de pacientes tabagistas. E a Capacitação a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa para a saúde de Hipertensos e Diabéticos vamos adotar Cadernos de atenção básica Ministério da Saúde - Hipertensão Arterial Sistêmica cadernos de atenção básica - n.º 15 Brasília, 2006. E o Caderno de atenção básica Ministério da Saúde Diabetes Mellitus cadernos de atenção básica - n.º 36 Brasília – DF 2013.

Para o desenvolvimento desta temática proposta, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema abordado, revisando conceitos importantes para a delimitação do tema. Assim, o trabalho caracteriza-se pela implantação de uma ação programática da Hipertensão Arterial e Diabetes.

O município é dividido em quatro áreas com quatro agentes de saúde e cada um registrou 100 % da população da área. Para a coleta dos dados será utilizado os instrumentos – ficha espelho e planilha de coleta de dados, que foi desenvolvida para ajudar na coleta e no processamento dos dados de Hipertensos e Diabéticos- para registro e processamento das informações relativas aos indicadores escolhidos para monitorar a intervenção.

Para o acompanhamento semanal a enfermeira revisará a ficha de coleta de informações feita para isso, identificando todos os Hipertensos e Diabéticos que vieram ao serviço a cada semana. A profissional localizará os prontuários eletrônicos destes. Para fazer monitoramento, serão anexadas anotações sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas. No final de cada semana, as informações coletadas na ficha de coleta serão consolidadas. A atualização dos cadastros da população total está pronta desde novembro 2014.

Monitorar a realização de exames de 100% dos pacientes atendidos por consultas, no prazo de quatro meses do projeto. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Será realizado o monitoramento toda sexta-feira de cada semana.

Uso do prontuário eletrônico melhora a qualidade e documentação em geral. E serão verificados uma vez por semana, os prontuários eletrônicos dos pacientes

pesquisados. UBS é informatizado, por isso é garantido, computadores, impressoras em cada consulta e todos os locais em geral. Além de ter garantido as canetas, material de escritório (folhas, lápis, calculadora), e equipamento audiovisual para assegurar atividades educativas.

O monitoramento terá como responsável a enfermeira, líder da equipe, uma vez por semana através dos prontuários, sobre orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos, atividade física regular, sobre riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal, sobre hábito de fumar.

Será providenciada quantidade suficiente de cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento; Quantidade de computadores em consultas e locais do posto pra garantir o prontuário eletrônico, disponibilizando a rede.

Os Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. AUBS possui Esfigmomanômetro, estetoscópios, fitas métricas e balanças. Glicosímetro e fitas pra fazer teste de glicose. Tendo como responsável pelo fornecimento a Secretaria de Saúde.

Manter aversão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, nas duas primeiras semanas. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Uma vez ao mês pela Técnica de farmácia. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no registro eletrônico.

Organizar a agenda, cada semana, para que os agentes de saúde realizem a busca ativa dos pacientes, por telefones ou visita domiciliar; organizar a agenda para as consultas médica e odontológica. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana.

Garantir junto a secretaria de saúde, através da solicitação médica, os Exames de rotina para seguimento: usuários com hipertensão arterial, solicitação anual dos seguintes exames: urina I (em diabéticos se proteína negativa solicitar microalbuminúrica e se positiva, solicitar proteinúria de 24 horas), potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, frações (LDL e HDL), triglicerídeos, ácido úrico (a critério clínico), eletrocardiograma - ECG (a critério clínico). Para portadores de diabetes, realizar os exames anuais propostos para os portadores de hipertensão (relacionados acima) e hemoglobina glicada semestral.

Também garantir vacinas e garantir equipamento odontológico, com os recursos para fazer todas as ações, sendo de responsabilidade a Secretaria e saúde.

Para a busca ativa de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, será realizada através de ligações pelo telefone ou visitas dos agentes de saúde (todos os dias pelos agentes de saúde).

Garantir e priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Em reunião de equipe, fazer planejamento e organização das atividades educativas em grupos de HAS e DM.

Serão realizados cinco grupos de hipertensão e diabetes, distribuídos em comunidades e trabalhar com eles na primeira semana de cada mês, no período da tarde. Apesar do trabalho que fazemos para controlar o peso, IMC, teste de glicose, triglicérides e colesterol, planejamos no momento da intervenção quatro atividades educativas sobre questões: alimentação saudável, importância da atividade física, alcoolismo, tabagismo.

Para esta ação, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento das doenças na Unidade de saúde. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, a importância de aumentar os pacientes que participam nos grupos.

Organizar e planejar palestras pelo dentista, nas comunidades, grupos, sala de espera, sobre a importância do acompanhamento da saúde bucal. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Esclarecer seu nível de risco e à

importância do acompanhamento regular e à importância do adequado controle de fatores de risco. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Nas consultas e visitas domiciliares.

Fazer palestras ou Rodas de conversas ou Vídeos Debate na comunidade, com a participação de todos os membros da equipe sobre temas: alimentação saudável, importância da atividade física, alcoolismo, tabagismo, fatores de risco de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Uma vez no mês, com os temas acima escritos.

Atividade na radio local, uma vez por mês, para falar sobre alimentação saudável, importância da atividade física, alcoolismo, tabagismo. Fazer afeira de saúde com atividades integradas, controle de pressão arterial, glicemia, do colesterol, TG, entrega de material educativo, de controle de peso. IMC, Exame bucal, etc. Garantir os materiais educativos, publicitários, brochuras, murais sobre o assunto, no posto, escolas, comunidades, grupos de HTA e DM. Fortalecimento das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool, do uso de tabaco pelo programa 'Saúde na Escola'. Garantindo apoio dos professores e entrega de materiais educativos para abordar os fatores e risco em idades precoce.

A criação de grupos de alcoólicos e fumantes para resolver a questão e incentivá-los a desabituar-se.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe, começaremos a intervenção com a capacitação sobre protocolos de atendimento dos cadernos de ações programáticas de HAS e DM. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável. Sobre metodologias de educação em saúde. Para o tratamento de pacientes tabagistas. Para oferecer orientações de higiene bucal entre outras. E todas as capacitações necessárias para garantir os protocolos de atuação em cada ação dos seis objetivos.

As capacitações ocorrerão na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

3 Relatório da Intervenção

Para a implementação do projeto de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS de ESF de Muliterno, foram desenvolvidas diversas ações nos quatro eixos seguintes: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão.

Após dozes semanas de intervenção conseguimos alcançar 263 (91%) de cobertura na atenção aos portadores de HAS e 52 (85,2%) de cobertura na atenção aos portadores de DM. De forma geral, as ações planejadas foram em sua maioria realizadas. Considerando também que a intervenção está incorporada na rotina e no funcionamento da nossa equipe. Como as ações vão continuar além das semanas de intervenção, é bom sempre trabalhar com as dificuldades encontradas, para que possamos oferecer no futuro uma melhor qualidade de vida aos pacientes, com o aperfeiçoamento das consultas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conseguimos o monitoramento da periodicidade da intervenção tendo todas as sextas (na reunião de equipe) a análise crítica das ações que foram ou não realizadas na semana. A intervenção ajudou a equipe a ser mais participativa e unida. Ofereceu-se atenção por demanda espontânea e agendamento para as atividades de grupo. A equipe foi capacitada para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e esclarecer aos portadores de HAS, DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Estas ações foram realizadas por toda a equipe durante o acolhimento dos pacientes, nas visitas domiciliares pelas ACS, nos grupos, bem como também a nível individual durante as consultas médicas.

A enfermeira e eu monitoramos a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. A técnica de enfermagem conseguiu verificar a PA e HGT em todos os pacientes. Além disso, se fez um trabalho educativo sobre a importância do acompanhamento destas patologias, esclarecendo aos portadores de hipertensão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Também trabalhei temas relacionados aos direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, e a importância de manter uma boa hidratação; orientando os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

As maiores dos pacientes utilizam medicamentos na farmácia popular e quando é necessário o uso de drogas que não estão disponíveis na popular, o paciente recebe a ajuda de 30%, através da secretaria de saúde, pela vontade política da prefeitura de contribuir para uma melhor saúde da população de Muliterno. Conteí com o máximo apoio da minha equipe de trabalho, pois desenvolveram todas as ações que foram acontecendo semana por semana.

É garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa através de prontuário clínico e/ou odontológico, além da ficha espelho e o cartão do hipertenso (MS). Também esta garantida o material adequado para a tomada da medida da PA (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do HGT na UBS. É feito o acolhimento para os portadores de hipertensão e/ou diabetes todos os dias na área da recepção com participação de todos os membros da equipe seguindo escala, onde é explicado ao paciente, familiares e outros membros da comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento para dois turnos semanais, dedicados exclusivamente ao HIPERDIA e se mantêm as avaliações por intercorrências a pacientes deste grupo independente do dia da

semana. O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone e através dos ACS nas visitas domiciliares realizadas. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e não tive faltosos a consultas.

Para mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular foi realizada a estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do escore de Framingham (modificado, 2008); o monitoramento deste quesito foi realizado; as consultas foram reagendadas de acordo risco cardiovascular; os usuários foram devidamente orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; a equipe foi também capacitada para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e são orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo.

A odontologia na USB está bem equipada e tem três dentistas que dão consulta de segunda a sexta-feira durante todo o dia, terças-feiras e quintas-feiras consultar noite. Eles participam com a equipe no grupo onde realizou exame bucal tudo para identificar a atenção necessária no posto de saúde, outros foram encaminhados por agentes de saúde e aqueles que necessitam de atendimento, agendavam consulta na mesma semana a consulta HIPERDIA, de modo que todos foram totalmente avaliados de uma forma organizada. E foram avaliados 100% dos usuários tratados. Orientações de higiene bucal são garantidas 100% dos pacientes.

Em relação aos exames complementares, não houve problemas com os agendamentos e nem deslocamentos dos pacientes para coleta. A coleta de sangue é realizada na Unidade de saúde, em um local preparado com todas as condições de biossegurança e enviado para outro município. O resultado é três ou quatro dias e está liberado, pago pela prefeitura.

Foram realizadas as Caminhadas com o grupo dos Hipertensos e Diabéticos, nas segundas-feiras, quatro PM e quintas-feiras às cinco PM, onde participam: enfermeira, agente de saúde e médica com a aferição da pressão arterial previamente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foi assegurada a logística para todas as atividades planejadas. Todas as ações previstas no cronograma foram realizadas sem dificuldade, exceto a feira de saúde e a atividade na rádio local. A feira estava prevista para ser realizada em 27 de maio, no entanto, para acontecer precisa de uma organização multisetorial, pois não poderia garantir tudo. Então foi planejada para agosto.

E a atividade de rádio local, não pôde ser executada porque a rádio está em outro município e nós não poderíamos alcançar este contato.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, nós não apresentamos dificuldades. O fechamento das planilhas de coletas de dados e o cálculo dos indicadores foram efetuados sem problemas até este momento. O preenchimento as planilhas corretamente foi conseguida em todos os pacientes durante as consultas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Como resultado da mudança no período de intervenção de 16 semanas para 12 semanas, foi necessário ajustar agenda e o cronograma para que pudéssemos atingir melhores resultados. Na ESF de Muliterno a intervenção ajudou a criar um cadastro atualizado em 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos e também um acompanhamento de toda a população de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, cumprindo com nosso maior objetivo da intervenção (melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertenso-diabéticos com mudanças em seus estilos de vida). Nós não apresentamos dificuldades porque o trabalho feito na unidade está em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde. Com o Projeto houve uma melhor organização do processo de cuidado, para aumentar a conscientização sobre estas doenças em toda a equipe, paciente e comunidade.

A garantia de consulta médica ao usuário HIPERDIA com a realização do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames

complementares de acordo protocolo; registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas; tudo isso é realidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população da área de abrangência da ESF Muliterno é de 1.885 habitantes aproximadamente. Para essa população, foram cadastrados 263 usuários hipertensos e 52 usuários diabéticos (ambos os grupos com 20 anos ou mais). A intervenção objetivou a melhoria da Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos, na ESF Muliterno, Muliterno/RS.

A seguir estão descritos os resultados da intervenção na ESF para os indicadores do atendimento de hipertensos e diabéticos. **foi utilizado como base para o cálculo dos indicadores. Estimativas da planilha de coleta de dados, do CAP ou dados da unidade?**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar a 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

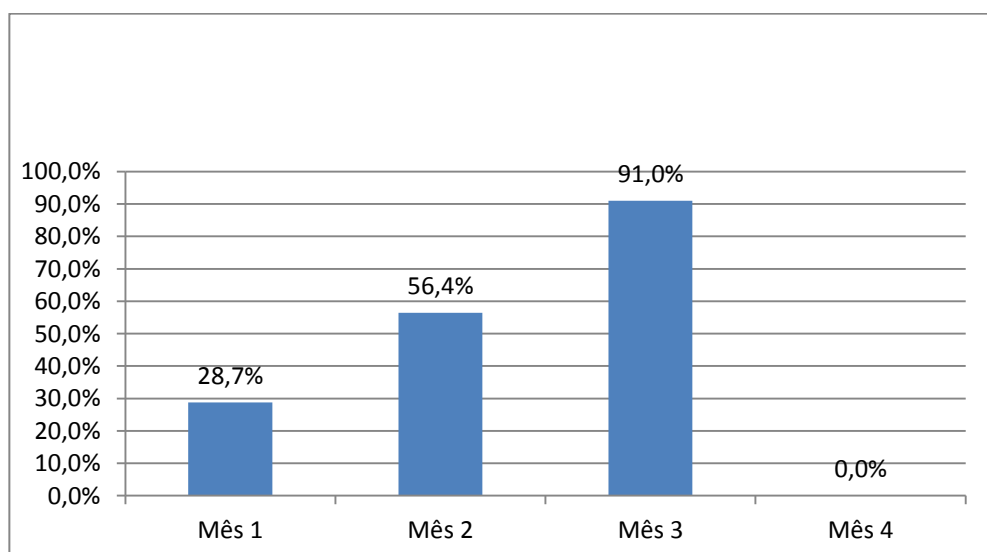


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Muliterno, Muliterno/RS, 2015.

A figura 01 demonstra Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. O programa deveria ter atingido uma cobertura de 100% de hipertensos no final da intervenção. No entanto, como a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas, a meta estabelecida ficou aquém do esperado. No primeiro mês foram atendidos 83usuários (28,7%), no segundo mês de 163 (56,4%) e no terceiro mês completamos 263 usuários (91%), de um total de 289 pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.2. Cadastrar a 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

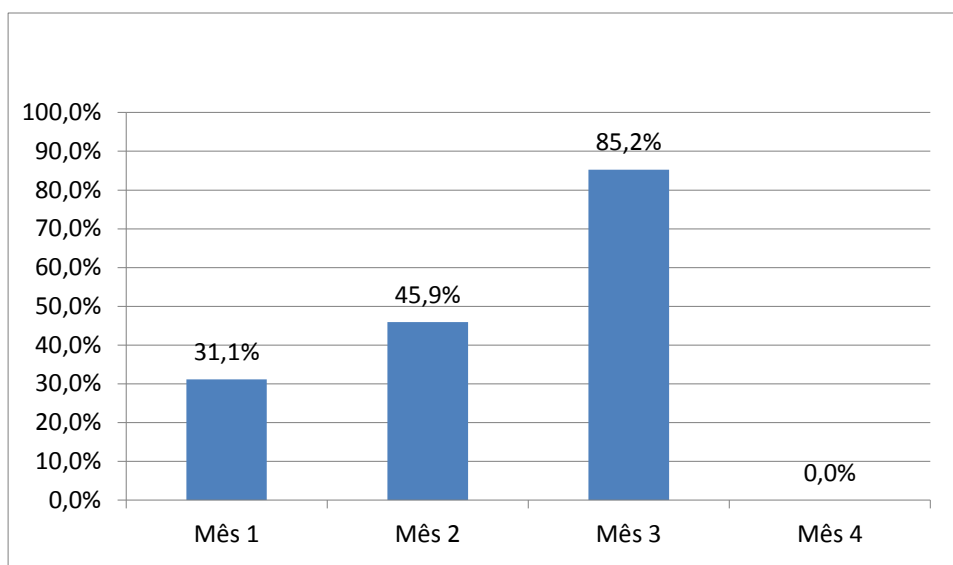


Figura 2 - cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Muliterno, Muliterno/RS, 2015.

A figura 02 demonstra a Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. No primeiro mês foram atendidos 19usuários (31,1%), no segundo mês de 28 usuários (45,9%) e no terceiro mês completamos 52usuários (85,2%) de um total de 61 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético ficou próximo da

meta estabelecida de 100% de cobertura. Isso se deu devido ao trabalho das ACS nos domicílios e da divulgação pela equipe na Unidade e comunidade

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.1 e 2.2 Proporção de hipertensos/ diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

A meta de 100% foi atingida durante os 03 meses de intervenção, sendo o total de 263 usuários hipertensos acompanhados, no primeiro mês foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%), que foram submetidos a exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, essa cobertura foi obtida por o trabalho unido da equipe e com a cooperação dos outros médicos e enfermeiros, para que todos possam realizar um atendimento integral e de qualidade.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.3 e 2.4. Realizar exames complementares em dia em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.3 e 2.4 Proporção de hipertensos / diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A meta de 100 % foi atingida durante os 03 meses de intervenção. Onde 100% dos usuários: 263 hipertensos no primeiro mês foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%) e 52 diabéticos acompanhados, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%). Exames complementares em dia foram feitas. A princípio, os resultados dos exames foram em 15 dias, mas mudou seu laboratório e o resultado é em 3 dias, o que ajudou a manter o controle deles em tempo.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia/Hiperdia priorizada.

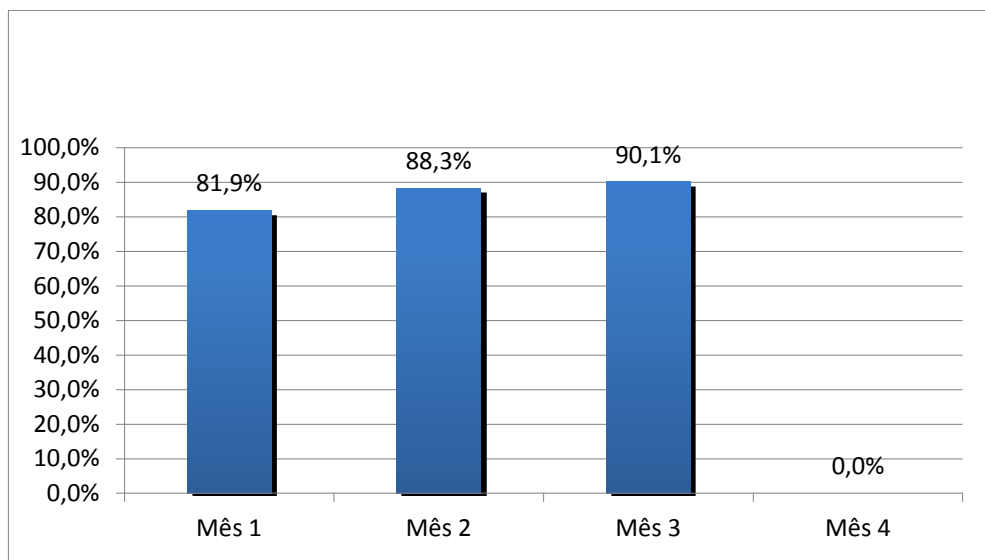


Figura 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na ESF Muliterno, Muliterno/RS.

A figura 2,5 demonstra a Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia/Hiperdia priorizada. Os medicamentos são garantidos na farmácia popular. No primeiro mês de 83 usuários atendidos 68 (81,9%) tinha prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês de 163 usuários, 144(88,3%) e no terceiro mês de 263 usuários atendidos com Hipertensão 237 (90,1%), recebem os medicamentos desta farmácia. Os outros 26 usuários receberam medicação partir desta farmácia, mas tiveram que comprar outro, mas a Secretaria de Saúde contribui com o custo de 30% nestes casos em que o fármaco precisa ser comprado com recursos particulares.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta. 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

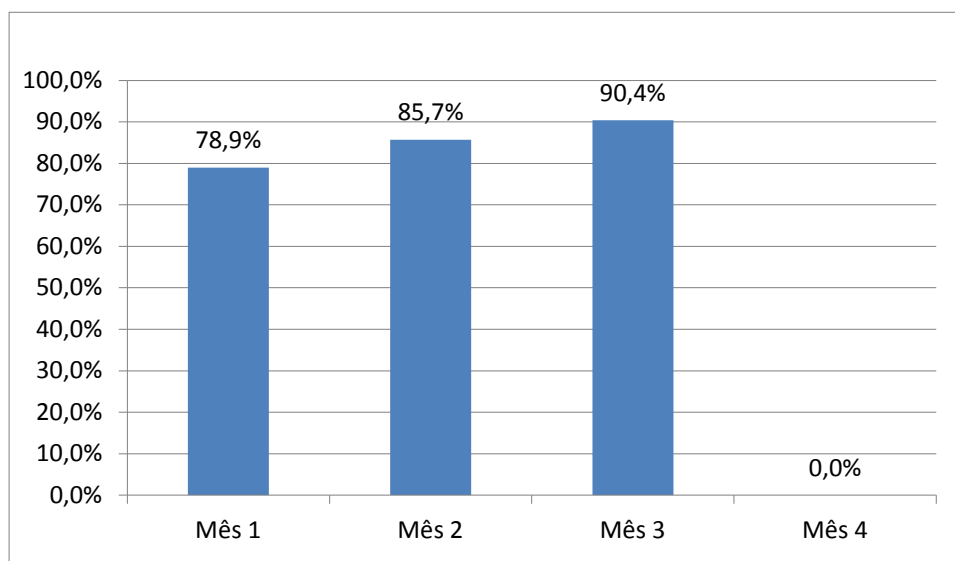


Figura 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Muliterno, Muliterno/RS.

A figura 2,6 demonstra a Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. O número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No primeiro mês de 19 usuários atendido (78,9%) tinha prescrição de medicamentos, no segundo mês de 28(85,7%) e no terceiro mês 52 usuários (90,4%). Os outros 5 usuários têm de comprar a droga, mas são auxiliados com 30% pela secretaria.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta. 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

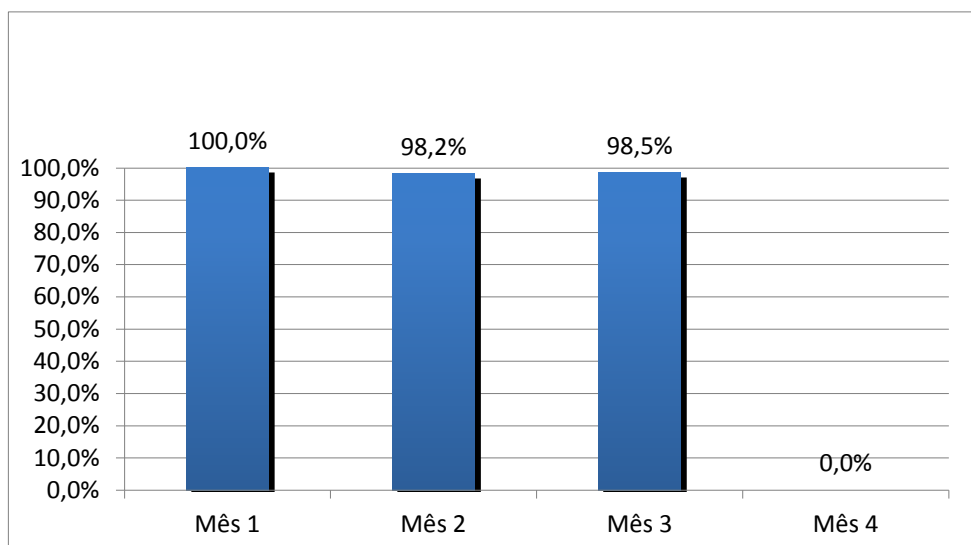


Figura 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Muliterno, Muliterno/RS.

A figura 2,7 demonstra a Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Os usuários com hipertensão, controladas pelos dentistas no primeiro mês foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(98,2%) e no terceiro mês do total de 263(98,5%). Não foram cumpridos 100% da meta de atendimento odontológico, porque 4 usuários não permitiram uma recusa e três preferiu ser atendidos em clínica privada com outros médicos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta. 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta de 100% foi atingida durante os três meses de intervenção, sendo o total de 52 usuários diabéticos acompanhados, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%), essa meta foi obtido por três dentistas trabalham em conjunto com o resto da equipe

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 e 3.2. Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

A meta de 100% foi atingida durante os 03 meses de intervenção, sendo o total de 263 usuários hipertensos acompanhados, no primeiro mês foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%). Nós alcançamos esta meta, por trabalho em equipe, porque os agentes de saúde asseguraram a presença de todos os usuários, além da cooperação de os usuários com estas doenças, querendo gerenciar adequadamente a sua doença.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 e 4.2. Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A meta de 100% foi atingida durante os 03 meses de intervenção, sendo o total de 263 usuários hipertensos, no primeiro mês foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%), com uma ficha de registro apropriado na folha de acompanhamento. Pela cooperação de todos para garantir e assegurar que tudo está bem controlada.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 e 5.2. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Isso mostra que a proporção de hipertensão e DM com estratificação de risco cardiovascular, alcançou uma meta de 100%, nos propôs foi atingido em três meses da intervenção, foi alcançado nos 263 usuários hipertensos, no primeiro mês

foram tratados 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos acompanhados, no primeiro mês foram tratados 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100%) porque temos os recursos necessários para assegurar tudo que é necessário para conseguir estratificar o risco em todos os usuários, além da ajuda de outros médicos a fazer tudo planejado.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1 e 6.2. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Este indicador demonstra que durante estes três meses, a proporção de pacientes hipertensos com orientação nutricional, foi obtida a meta em 100% dos pacientes acompanhados 263 hipertensos, no primeiro mês foi tratada 83 (100%), no segundo mês de 163(100%). E no terceiro mês do total de 263(100%). e 52 diabéticos, no primeiro mês foi tratada 19 (100%), no segundo mês de 28(100%) e no terceiro mês do total de 52(100% Meta que nós fazemos nas diferentes atividades da intervenção e em todos os cenários, consultas, palestras, visitas domiciliares, em grupos, em atividades educacionais em comunidades em geral.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos pacientes.

Indicador 6.3 e 6.4. Proporção de Hipertensos e Diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A meta de 100% para garantir orientação em relação à prática regular de atividade, sendo o total de 263 usuários hipertensos, no primeiro mês foi tratada 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%). Para melhorar esta situação, foi criado na segunda-feira e quinta-feira às 16:00 um grupo de caminhada e professor de educação física realizado em duas comunidades do interior, exercícios físicos um dia por semana

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.5 e 6.6: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A meta de 100% foi atingida durante os 03 mês de intervenção, para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo sendo o total de 263 usuários hipertensos, no primeiro mês foram tratada 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%)., essa cobertura foi obtida por o trabalho unido da equipe, porque todas as atividades educacionais planejadas sobre este assunto, comunidades, sala de espera da saúde, consultas individuais, visitas domiciliares foram feitas, também formou um grupo de fumantes de 10 pacientes, dos quais 9 pacientes parou de fumar.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.7 e 6.8. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Essa meta foi cumprida em 100% durante os três meses de intervenção, sendo o total de 263 usuários hipertensos, no primeiro mês foi tratada 83 (100%), no segundo mês de 163(100%) e no terceiro mês do total de 263(100%). E 52 diabéticos, no primeiro mês foram tratados 19 (100%). Essa meta foi atingida, porque as atividades educacionais planejadas foram realizadas sobre este tema, dentista conseguiu ver a maioria dos pacientes em todas as atividades e fornece orientação aos usuários sobre a importância da saúde bucal, além de toda Equipe, dirige também a higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Foi muito importante para a equipe, a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica nº17, Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº36, Diabetes Mellitus. Relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, os dentistas, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção, dos agentes de saúde, a nutricionista, as psicólogas, o professor de atividades físicas, e os motoristas que nos facilitaram realizar todas as atividades programadas, contando sempre com o apoio da secretária de saúde municipal e de todos seus gestores.

Em relação às atribuições da equipe, os enfermeiros são os profissionais que garantem a realização de todos os programas de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também o trabalho dos agentes de saúde que considero muito valioso porque eles mantêm o controle populacional atualizado e igualmente contribuem para que todos os programas sejam desenvolvidos com qualidade.

A intervenção permitiu organizar o trabalho de forma mais acertada fazendo com que cada um saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde. Isso acabou tendo um impacto em todos os serviços, que se juntaram ao controle integral de cada paciente. Como odontologia, nutricionista, psicologia, medicina e enfermagem, farmacêutica com controle adequado de todos os tratamentos para cada paciente e do secretário de saúde para garantir que todas as atividades de logística geralmente executam.

Tudo isso provocou um impacto geral na forma de organização do trabalho, levando a uma rotina de trabalho com todos os pacientes de nossa comunidade e os resultados foram:

- Sensibilizar a nossa equipe de trabalho de como trabalhar em equipe como um todo e o significado de equipe.

- Foi alcançado um cadastro atualizado em 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos

- É garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa através de prontuário clínico e/ou odontológico.

- Identificar fatores de risco de pacientes com hipertensão e diabetes para garantir uma educação adequada e tentar mudar estilos de vida mais saudável

- Antes do projeto, os grupos HTA e DM, a enfermeira assistente e farmácia para entrega de drogas e menos pacientes envolvidos, mas com o projeto, alcançou a participação da médica permanentemente, o envolvimento de outros especialistas, quer quando precisamos avaliação. Nós nos encontramos na primeira semana de cada mês, à tarde e aumentou para sete grupos distribuídos por todas as comunidades, envolvendo-os em mais de 100 pacientes.

- Caminhadas grupo foi formado com as pacientes duas vezes por semana após 16h00min horas, onde a cada dia os pacientes têm aumentado e amplamente aceito pela população.

- Nós garantir visitas domiciliares por médico da equipe, enfermeiro e agente de saúde cada segunda-feira e terça-feira à tarde e permaneceu como uma atividade permanente do Posto de saúde de Muliterno.

- Têm garantido a ajuda de líderes comunitários, para todas as atividades de promoção e prevenção da saúde.

A importância da intervenção para o serviço, antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, as enfermeiras e agentes de saúde. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiara priorização do atendimento dos mesmos. Realizamos 100 % de o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência sem dificuldades na coleta e sistematização dos dados utilizando a ficha-espelho disponibilizada pelo curso e a planilha digital de coleta de dados. Garantindo um melhor controle dos pacientes, a área de atenção.

A intervenção já faz parte de nossa rotina diária de trabalho. Nossa equipe continua com a busca ativa de usuários com risco destas doenças e portadores da mesma, de pacientes faltosos, pendentes do resultado dos exames laboratoriais e

da classificação de risco cardiovascular, o acolhimento continua sendo uma de nossas ferramentas primordiais para o bom desenvolvimento das consultas além do oferecimento de orientações de saúde aos usuários na sala de espera sobre a importância do acompanhamento destas patologias e esclarecer aos portadores de hipertensão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Continuou realizando o exame clínico completo, indicação e avaliação dos exames complementares, classificação de risco cardiovascular prescrição de medicamentos da farmácia-popular segundo o protocolo do ministério da saúde , assim como avaliação odontológica oferecendo orientações da importância da saúde bucal , orientações nutricionais, malefícios do tabagismo e prática de exercícios físicos.

Nos próximos passos, nossa unidade básica, todos os Cadernos de ações problemáticas são desenvolvidas pelos protocolos especificados pelo ministério da saúde, mas este projeto usando o exemplo em que indicadores de impacto para um melhor atendimento aos pacientes crônicos, esse controle será igualmente em cada programa.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Os resultados obtidos durante o período de acompanhamento do projeto de intervenção foram valiosos e benéficos. Este projeto surgiu porque pelas estimativas do Caderno de Ações Programáticas de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, 262 hipertensos 62%, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, e 56(47%) de diabéticos, percentagens foram baixas que poderia funcionar melhor, alcançando a cobertura de 289 hipertensos (91%) e 61 diabéticos (85,2%) no período de três meses.

Concluimos nossas atividades planejadas no cronograma e os resultados obtidos durante o período de intervenção foram gratificantes para os usuários e também para nossa equipe. Temos que falar que a escolha da linha programática do nosso projeto firmou-se no fato de que este indicador demográfico na população tinha diferença com a estimativa.

Quanto os hipertensos e diabéticos cadastrados e monitorados no Programa de Hipertensão e Diabetes, nossa pretensão foi cadastrar e proporcionar a 100% da área de abrangência e o cadastro foram logrados.

Foram realizadas capacitações planejadas, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Para a saúde de Hipertensos e Diabéticos os Cadernos de atenção básica Ministério da Saúde - Hipertensão Arterial Sistêmica cadernos de atenção básica - n.º 15 Brasília, 2006. E o Caderno de atenção básica Ministério da Saúde Diabetes Mellitus cadernos de atenção básica - n.º 36 Brasília – DF 2013. Assim como organização do nosso trabalho e de toda a equipe da UBS, melhorando o acolhimento de todas nossas pacientes.

Foram realizadas ações como cadastrar 100% de Hipertensos e diabéticos e proporcionar consultas e acompanhamento aos 91% de os hipertensos e aos 85,2% de diabéticos; foram realizados exames complementares em dia em 100% dos hipertensos e diabéticos; priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia Hiperdia dos pacientes cadastrados na unidade de saúde; mas hipertensos 90,1% estão usando esses medicamentos e diabetes 90,4%; não foram cumpridos 100% da meta de atendimento odontológico, porque 4 usuários não permitem uma recusa e três preferiu ser atendidos em clínica privada com outros médicos, para um 98,5% dos hipertensos e 100% em os diabéticos.

As metas de 100% foram atingidas em: Buscar dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular; Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Estas metas foram atingidas com o esforço de todos os integrantes da equipe de saúde, junto com a mobilização de toda a comunidade da área de abrangência da UBS e porque os gestores garantiram a logística de todas as ações planejadas.

Foram desenvolvidas as atividades que facilitaram a qualidade, como no grupo de atenção, o transporte para o trabalho nas comunidades em visitas domiciliares, trabalhos nos grupos de Hipertensos e Diabéticos, as atividades educativas, a logística para garantir todo o necessário nas consultas médica e odontológicas.

Enfrentamos poucas dificuldades, todas as ações previstas no cronograma foram realizadas sem dificuldade, exceto a feira de saúde e a atividade na rádiolocal. A feira estava prevista para ser realizada em 27 de maio, no entanto, para acontecer precisa de uma organização multisetorial, pois não poderia garantir tudo. Então foi planejada para agosto.

E a atividade de rádio local, não pôde ser executada porque a rádio está em outro município e nós não poderíamos alcançar este contato.

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. Usando os protocolos do Ministério da Saúde hipertensão e diabetes, foi fundamental para a melhoria e controle de usuários, o projeto alcançou seu objetivo. Conseguimos atingir a maioria das metas

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço e no funcionamento da nossa equipe, as ações vão continuar com outro planejamento novo, para sempre garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes, com o aperfeiçoamento das consultas e mudanças de hábitos. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção na rotina do serviço, porém continuamente tendo que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada a Hipertensos e diabéticos.

Tomando este projeto como exemplo, futuramente, podemos implementar outros programas na área, como atenção pré-natal, saúde da criança, Câncer de colo de Útero, saúde de pessoa idosa .

Incorporar os gestores em saúde do município nas atividades realizadas com os grupos populacionais para que eles possam aprender na prática tudo o que é necessário para assegurar o desempenho de todos os processos.

Eu acredito que os gestores de saúde e da prefeitura, neste município, trabalhando a saúde das pessoas como uma prioridade, e eles estão comprometidos com a comunidade para assegurar os processos de trabalho, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da ESF Muliterno,

A importância da intervenção para a comunidade é percebido pela comunidade e os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Sentido confiança e segurança nos profissionais de saúde. Agradecem o trabalho e esforço realizado pela ESF porque ao longo destes três meses foi garantido o desenvolvimento do programa, com qualidade e responsabilidade. Os pacientes querem incrementar as ações de promoção de saúde para o grupo com participação da comunidade e de seus familiares de forma constante.

Com a intervenção foi assegurada cadastrar 100% dos usuários, aumento o número de hipertensos de 262 (62%) a 289 (91%) e 56 diabéticos (47%) aumentados para 61 (85,2%). 98,5% dos Hipertensos controles odontológicos e 100% foram realizadas a DM. Não houve faltosos a consultas. É garantido a 100% dos pacientes acompanhados: aconselhamento nutricional, atividade física, alcoolismo sobre tabagismo, saúde bucal. Não tive faltosos a consultas.

Eles percebem mudanças no modo e estilo de vida, pacientes que já tem um maior controle da dieta, fazem exercícios físicos, melhoraram a saúde bucal, temos que falar que os pacientes com estas doenças crônicas estão satisfeitos por a prioridade de atendimento na unidade de saúde.

A comunidade ganhou muito com a intervenção, já que um numera significativos de indivíduos hipertensos e diabéticos beneficiaram-se com ela agora eles tem um atendimento na UBS diferenciado com mais qualidade nas consultas

medicas, melhorou-se desde o acolhimento, o exame físico, avaliações com outros profissionais como dentistas, nutricionista ate o aumento da demanda dos medicamentos na farmácia popular de graça para eles, conformaram-se os grupos de hipertensos e diabéticos os quais estão contentos pelas atividades educativas, preventivas com eles e assim conhecem mais suas doenças crônicas evitando complicações das mesmas, também os usuários referem que os grupos fazem novas amizades tanto entre eles como com os profissionais da saúde e evitam a depressão.

Outro aspecto positivo que se alcançou com a intervenção foi a incorporação ao posto de saúde de o instrutor física, não existia no posto de saúde, e participar em todas as atividades dos grupos, uma caminhada do grupo na cidade na segunda-feira e quinta-feira tarde de cada semana, o trabalho com o grupo de Muliterno em 2 horas por semana na dança, assim com que as atividades físicas aumenta. Ele criou um grupo de 7-8 PM, em Muliterno e no interior, dois grupos, duas vezes por semana fazendo ginástica para todas as pessoas de qualquer idade, mas os mesmos pacientes envolvidos em tudo, porque a cidade é pequena.

Eles conseguiram aumentar o número de grupos de 4 para 7 , em todas as comunidades do interior, com atenção integral, primeira semana de cada mês na sessão da tarde.

Existe na comunidade a cultura de aferir a pressão arterial com frequência, além de uma grande percentagem de familiares têm infirmo digitais em sua casa e procuram para qualquer alteração a o posto de saúde. Todos foram educados sobre essas doenças aumentando a adesão da população às mudanças no estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e de bem estar.

Com a incorporação da intervenção à rotina do serviço podemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção, não somente aos Hipertensos e Diabéticos, mas também de outros grupos de alto risco, como idosos e as crianças, atenção pré-natal entre outros.

A intervenção já faz parte de nossa rotina diária de trabalho. Nossa equipe continua com a busca ativa de usuários com risco destas doenças e portadores da mesma, de pacientes faltosos, pendentes do resultado dos exames laboratoriais e

da classificação de risco cardiovascular, o acolhimento continua sendo ferramentas primordiais para o bom desenvolvimento das consultas

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As expectativas iniciais que nos procuramos alcançar com o desenvolvimento do projeto foram como objetivo geral Melhorar Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na ESF da Unidade de saúde Muliterno e os objetivos específicos: Ampliarem a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Melhorar o registro das informações. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos. E foi conseguido em geral Melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertenso-diabéticos com mudanças em seus estilos de vida. Em minha UBS, foram realizadas ações educativas para orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações de estímulo à prática regular de atividade física, além de serem orientados sobre os malefícios do consumo de álcool, tabaco e são dispensados cuidados como: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. E fazer um acompanhamento periódico e completo dos pacientes com HAS e DM, melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais freqüentes.

Em relação ao processo pessoal de aprendizagem, Foi um desafio para fazer este Curso, principalmente pela linguagem, porque a metodologia de

investigação utilizada para o projeto não é o mais utilizado em Cuba, estamos acostumados a fazer planos para intervenção, mas com outra metodologia. A participação nos espaços coletivos (fórum de saúde coletiva e fórum de clínica) permitiu a troca de conhecimento com outros colegas em um ambiente virtual, o que constitui uma nova experiência para muitos. Acho também que os espaços que promovem os diálogos são importantes para esclarecer necessidades e demandas a partir da realidade coletiva, permitindo expressar nossas opiniões, dúvidas e contar nossas experiências no cotidiano profissional. Os casos clínicos interativos também são de muita utilidade já que possibilitam testar os nossos conhecimentos sobre problemas comuns da atenção primária à saúde e, ao mesmo tempo, revisar aspectos teóricos relativos a esses problemas.

Foi uma experiência muito bonita intercambiar com outras pessoas de outras culturas diferentes o meu País, todo o equipe trabalha em conjunto para dar continuidade a nosso projeto e implantar outros que seriam muito importantes para o trabalho de todos nos e para a comunidade. E muito importante destacarem o apoio tão incondicional do orientador, porque sem ele não teríamos conseguido chegar ao objetivo principal, a ajuda com as correções ortográficas, com a metodologia a seguir para o desenvolvimento do projeto, a organização do curso, as orientações bem explicada, a disponibilização de todos os instrumentos necessários até no mínimo detalhe, proporcionando feedback em relação a todas as situações. Foi um aspecto essencial, por isso agradeço a ela sempre.

Também eu tenho a sorte de estar em uma cidade, pequeno rural, onde UBS, que trabalha com ESF há um grande desejo em torno da equipe, gestores de saúde para melhorar a saúde da população, Além de obter os usuários a aceitar-me melhor, sendo estrangeira, alcançou boas relações com todos, porque eu participei em 100% das atividades planejadas para melhorar a sua qualidade de vida, Resultou uma experiência profissional e pessoal de vida, Muito feliz por ter participado na intervenção e atingiu os objetivos foram cumpridos.

Referências

- 1-MALTA D. C. et. al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 4- Barreto, S.M. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância. Edição 2009.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.
- 6- Schmidt, ML; Duncan, B. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, Mortalidade e mobilidade fatores de risco. Secretaria de Vigilância. Brasil 2009.
- 7- Ministério de Saúde. Vigitel Brasil 2006 a 2009. [http: portal saúde.gov.br](http://portal.saude.gov.br). acesso 2010. Janeiro 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM_FINAL_IVONNE [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está registrado adequadamente no sistema?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
689	686												
690	687												
691	688												
692	689												
693	690												
694	691												
695	692												
696	693												
697	694												
698	695												
699	696												
700	697												
701	698												
702	699												

PT 23:10 31/08/2015

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO		PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS		Departamento de Medicina Social		UFPEL	
Data do ingresso no programa ____/____/____		Número do Prontuário: _____		Cartão SUS _____			
Nome completo: _____		Data de nascimento: ____/____/____					
Endereço: _____		Telefones de contato: ____/____/____					
Necessita de cuidador? () Sim () Não		Nome do cuidador _____					
Tem HAS? () Sim () Não		Tem DM? () Sim () Não		Tem HAS e DM? () Sim () Não		Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____	
Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não		Data da primeira consulta odontológica ____/____/____		Estatura: _____ cm		Perímetro Braquial: _____ cm	
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO							
DATA							
POSOLOGIA							
Hidroclorotiazida 25 mg							
Captopril 25 mg							
Enalapril 5mg							
Enalapril 10 mg							
Losartan 50 mg							
Propranolol 40							
Atenolol 25 mg							
Atenolol 50 mg							
Anlodipina 5 mg							
Anlodipina 10 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclâmida 5 mg							
Insulina NPH							
Insulina regular							
FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
DATA							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Colesterol total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU							
Infecção urinária							
Proteinúria							
Corpos cetônicos							
Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							
ECG							
Hemograma							
Hematócrito							

Anexo D- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante